

Asistencia odontológica al adolescente

11 Capítulo

Flávia Konishi
Denise Ascensão Klatchoian

Meta

La Asociación Brasileña de Odontología Pediátrica (abo-odontología) reconoce que el paciente adolescente tiene necesidades únicas y propone hacer recomendaciones generales para su gestión, a través de estas directrices.

Método

Estas recomendaciones se basan en una revisión de la literatura médica y dental actual en relación con la salud oral de los adolescentes. Se realizó una búsqueda en MEDLINE mediante el término “adolescente” combinada con “dental”, “gingivitis”, “piercing oral”, “sellar”, “salud oral”, “caries”, “el consumo de tabaco”, “trauma dental”, “traumatismo orofacial”, “periodonto”, “la estética dental”, “tabaco de mascar”, “nutrición” y “dieta”.

Las directrices de la presente Directiva son acompañadas por el grado de recomendación, estimado a partir del nivel de la evidencia científica que se encuentra en la Tabla 1, en la Introducción de este manual.

Introducción

No existe una única definición de “adolescente”¹. De acuerdo con la Consti-

tución del Brasil, se considera una persona adolescente entre los doce y los dieciocho años de edad. El niño y el adolescente gozan de todos los derechos fundamentales inherentes a la persona humana, incluida la salud con prioridad absoluta.

Según el IBGE, en el último censo del 2010, los datos recogidos mostraron una población compuesta de aproximadamente 24 millones de adolescentes en Brasil, que representan aproximadamente el 12% de la población brasileira².

| Los grupos de edad | Población: |
|--------------------|------------|
| 12 años | 3.402.242 |
| 13 años | 3.412.748 |
| 14 años | 3.493.711 |
| 15 años | 3.574.928 |
| 16 años | 3.410.704 |
| 17 años | 3.372.242 |
| 18 años | 3.367.170 |
| total de | 24.033.745 |

Población residente de los adolescentes por grupo de edad, Brasil, en el año 2010.

El paciente adolescente es reconocido por tener necesidades distintas³⁻⁴ debido a: (1) un potencial alto en índice de caries; (2) un aumento en el riesgo de la enfermedad periodontal y la lesión traumática; (3) tendencia a malos hábitos alimenticios; (4) el deseo y el aumento de la conciencia estética; (5) la complejidad del tratamiento de ortodoncia restauradora y combinado (por ejemplo, la falta congénita de dientes); (6) fobia dental; (7) el inicio del consumo de tabaco; (8) el embarazo; (9) trastornos de la alimentación; y (10) las necesidades sociales y psicológicas especiales⁵⁻⁸. El tratamiento del paciente adolescente puede ser complejo y multifacético. Es necesario hacer su historial médico detallado y actualizado para el correcto diagnóstico y la planificación de un tratamiento eficaz. Es esencial familiarizarse con la historia clínica del paciente con el propósito de evitar el riesgo de empeoramiento de una condición médica durante el tratamiento dental. Si los padres son incapaces de proporcionar detalles adecuados sobre el historial médico de su hijo, podría indicarse una consulta o una charla con el médico tratante para obtener información confidencial sobre el paciente adolescente.

Caries

La adolescencia marca un período de actividad de la caries significativa para muchos individuos. La investigación actual sugiere que la tasa global de la lesión cariosa está disminuyendo, aunque todavía sigue siendo muy alta durante adolescencia^{9[C], 10[B]}. El desarrollo de las lesiones de caries en este período a menudo

se limita a las fosas y fisuras^{11[C]}. Las partes del diente con esmalte inmaduro permanente¹², las superficies dentales susceptibles, factores ambientales como la dieta, la baja prioridad para la higiene oral y factores sociales también pueden contribuir a un aumento de la caries dental en la adolescencia^{1,13[C];14[B];15[B]}.

En Brasil se evaluaron más de cien mil brasileños (45% y 55% aproximadamente) en estudios epidemiológicos recientes sobre la salud oral, llevados a cabo entre 2003 y 2010. En relación con la caries dental, los datos analizados en el estudio de 2003 mostró que en la dentición permanente, casi el 70% de los niños de 12 años y aproximadamente el 90% de los adolescentes (15-19 años), tenían al menos un diente con caries dental. En 2010, de 15 a 19 años, hubo fuerte disminución en el índice CPO, que pasó de 6.1 en 2003 a 4.2, mostrando una reducción del 30%. Entre los adolescentes, el 87% no tenía ninguna pérdida de dientes y la necesidad de prótesis parciales cayó 50%¹⁶. Se observó, sin embargo, que existen diferencias regionales, en particular entre las regiones del Sur / Oriente y Norte / Noreste, con los determinantes contextuales y factores individuales; alta prevalencia de caries no tratadas en esta población: negros o mulatos, residir en zonas rurales, no estar inscrito en unidades escolares que viven en regiones con menores valores de Índice de Desarrollo humano Municipal (IDH) y la reducción del suministro de flúor en la red de abastecimiento público de agua^{10[B]}.

Es importante que el dentista, para enfatizar los efectos positivos del uso de

flúor, aumente la atención profesional de rutina, la educación del paciente y la higiene personal. Estos factores pueden neutralizar el cambio en el patrón de caries en la población adolescente, especialmente en los jóvenes sometidos a un tratamiento de ortodoncia con aparatos fijos, debido al riesgo de lesiones en todas las piezas con brackets^{18[A]}.

Medidas Preventivas:

Flúor

Está comprobado que el uso de flúor es la medida preventiva más económica y eficaz contra la caries. El adolescente puede beneficiarse del uso de flúor hasta la adultez temprana. Aunque no se considera el beneficio sistémico de la incorporación de flúor en esmalte ya formado después de 16 años de edad, los beneficios tópicos de la remineralización y la actividad antimicrobiana también se pueden obtener a partir de la fluoración del agua, la aplicación y prescripción profesional y pastas de dientes fluoradas¹⁹.

Recomendaciones:

El adolescente debe recibir el máximo beneficio de flúor:

1. El uso de flúor a través de la fluoración del suministro de agua está especialmente recomendado hasta los 16 años de edad o hasta la erupción de los segundos molares permanentes; esto permite reducir significativamente la enfermedad por lesión de caries^{20[B];21[B]}.
2. La pasta de dientes fluorada se recomienda para proporcionar beneficios continuos durante la adolescencia. Estos que ocurren

en concentraciones iguales o superiores a 1000 ppm^{22[B];21[B]}.

3. Los tratamientos realizados a través de la aplicación profesional de flúor deben basarse en la evaluación individual del riesgo de caries del paciente, determinados por el dentista. Hay pruebas de que las aplicaciones de barniz de flúor cada seis meses previene lesiones de caries proximales en adolescentes con medio y alto riesgo en el desarrollo de la enfermedad^{23[A]} y que las aplicaciones de gel de flúor inhiben el desarrollo de las lesiones de caries en aproximadamente un 20%^{24[A]}.
 - 3.1. En pacientes sometidos a un tratamiento de ortodoncia con aparatos fijos, la fluoroterapia se recomienda regularmente con barniz para prevenir el desarrollo de manchas blancas alrededor de los brackets^{18[A]}.
4. Los criterios para determinar los métodos y la aplicación deben de ser los recomendados por los odontopediatras²⁵.

Más información se puede encontrar en la sección “Uso de flúor” de este manual.

Higiene Oral

La adolescencia puede ser un período de alta actividad de caries y enfermedad periodontal aumentada debido al consumo de sustancias cariogénicas y la falta de atención a los procedimientos de higiene bucal^{1,26[B]}. Cepillarse los dientes con una pasta dental con flúor y hacer uso de hilo dental pueden proporcionar beneficios contra las lesiones de caries por medio de

la eliminación de la placa bacteriana de los dientes y el efecto tóxico del flúor.

Recomendaciones:

- Los adolescentes deben de ser educados y motivados para mantener la higiene bucal personal eliminando diariamente la placa, incluyendo el hilo dental con la frecuencia y el patrón basado en las necesidades de higiene oral de cada individuo.
- La eliminación profesional de la placa y el sarro es muy recomendable para los adolescentes, con la frecuencia basada en el riesgo evaluado sobre la caries y la enfermedad periodontal, según lo determinado por el dentista.

Control de la dieta

El papel de los carbohidratos en el desarrollo de caries es inequívoco. Los adolescentes están expuestos a ellos y consumen grandes cantidades de carbohidratos refinados y bebidas que contienen ácido ^{13[C],14[B],31[B]}. Sin embargo, la evidencia sugiere que la relación entre la ingesta de hidratos de carbono y el riesgo de caries es de moderada a débil cuando los otros factores son controlables^{32[A]}. Aun así, el adolescente puede beneficiarse del análisis y la modificación de la dieta, según sea necesario. la salud en general debe ser una prioridad.

Recomendaciones:

Análisis de la dieta junto con las recomendaciones establecidas por los profesionales para mejorar la salud debe ser parte del enfoque dental para el adoles-

cente. Para el control y análisis de la dieta se debe de tener en cuenta:

- Las normas de las enfermedades orales;
- Necesidades totales de nutrientes y de energía;
- Aspectos psicosociales de la nutrición de los adolescentes;
- Frecuencia de la ingesta de hidratos de carbono;
- El consumo de bebidas acidogénicas;
- Consideraciones de bienestar.

Selladores

La aplicación del sellador es una técnica eficaz para la prevención de caries dentales que debe ser considerada individualmente. Los selladores se han recomendado en adolescentes, con riesgo de caries en las piezas dentales ^{6[B],14[B],33-34[A], 35[B],36,37,38[C],39[C],40[A]}. El riesgo de caries puede aumentar debido a los cambios en los hábitos de los pacientes, en la microbiota bucal o ciertas condiciones físicas. Los dientes sellados pueden beneficiarse de las aplicaciones de selladores posteriores.

Recomendaciones:

Los adolescentes con riesgo de caries están indicados para recibir sellantes de fosas y fisuras. El riesgo de caries de un individuo puede cambiar con el tiempo. Durante la adolescencia, es necesaria una nueva evaluación periódica para indicar la necesidad del sellante³⁶. Más información se puede encontrar en el capítulo que contiene las directrices para el uso de sellantes en esta guía.

Tratamiento

Un odontólogo puede prevenir la enfermedad oral o indicar la presencia de una enfermedad existente en sus primeras etapas. Sin embargo, el paciente adolescente cuya salud oral no se controló de forma rutinaria por el dentista, puede tener lesiones cariosas y etapas avanzadas de la enfermedad periodontal, o cualquier otra afección oral urgente, destacando la importancia de la evaluación profesional y un tratamiento adecuado.

Recomendaciones

- Hacer exámenes clínicos regulares, teniendo en cuenta las necesidades y los indicadores de riesgo de cada paciente con el fin de determinar el beneficio más rentable en la prevención de la enfermedad en los adolescentes.
- Hacer las radiografías iniciales y periódicas como parte de la evaluación clínica. El tipo, número y frecuencia de las radiografías debe determinarse sólo después de la anamnesis y los exámenes adicionales extra e intraorales. Las radiografías archivadas deben estar disponibles siempre que sea posible, para compararlas entre sí. Las reglas de procedimientos actualmente aceptados para las exposiciones radiográficas deben seguirse³⁷.

Odontología Restaurativa

Las restauraciones dentales son necesarias en los casos en que la remineralización de superficies desmineralizadas no cavitadas no tienen éxito, como se evidencia con la progresión de la caries. La conservación de la estructura dental,

estética e individual para las necesidades de cada paciente se debe considerar al seleccionar un material restaurador^{38[C]}. Molares con lesiones cariosas extensas o hipoplasia del esmalte, para los cuales las restauraciones de amalgama o material adhesivo no son factibles, pueden requerirse restauraciones con una cobertura completa^{36,39[C]}.

Recomendaciones:

Cada paciente adolescente se evalúa individualmente antes de la indicación del tratamiento restaurador más adecuado. Es deseable que la estructura libre de la caries dental se conserve.

Tratamiento Periodontal

La adolescencia puede ser un período crítico en el estado periodontal de un individuo. Datos epidemiológicos e inmunológicos sugieren que el daño irreversible a los tejidos periodontales empieza en la adolescencia tardía y adulta⁸. En los primeros años de vida, los cambios hormonales predisponen a la inflamación periodontal de los adolescentes, que en la mayoría de los casos se puede controlar a través de la higiene oral directa y frecuente y atención profesional⁴¹.

Condiciones Agudas

El adolescente puede estar sujeto a condiciones agudas tales como gingivitis necrosante aguda, ulcerativa o periodontitis, así como a las lesiones traumáticas que deben requerir atención inmediata. En la mayoría de los casos el diagnóstico temprano, el tratamiento y el control pueden prevenir daños irreversibles.

Recomendaciones:

La infección aguda de la mucosa oral y los tejidos periodontales requiere tratamiento inmediato. El control terapéutico debe basarse en técnicas aceptadas actualmente.

Condiciones Crónicas

Las condiciones crónicas que afectan a los adolescentes incluyen gingivitis marginal, gingivitis asociada a la pubertad, gingivitis hiperplásica, relacionadas con el tratamiento de ortodoncia, retracción gingival que pueden o no estar relacionadas con la terapia de ortodoncia, gingivitis relacionada con drogas, gingivitis del embarazo, periodontitis juvenil localizada y pericoronitis^{41,42,45[C]}, aunque no se limitan a estas condiciones. Hay pruebas de que el hallazgo de *A. actinomycetemcomitans* en pruebas es un marcador que indica el inicio de la periodontitis juvenil localizada en adolescentes sanos^{46[B]}. La higiene oral personal y la intervención profesional regular pueden minimizar la aparición de estas circunstancias y prevenir el daño irreversible.

Recomendaciones:

El adolescente se beneficiará de un programa preventivo de salud individualizado que incluye los siguientes puntos específicos para la salud periodontal:

- Educación con énfasis en la etiología, las características y la prevención de las enfermedades periodontales además de habilidades de autocuidado.
- Programa de higiene oral adecuada a la edad del paciente, incluyendo la

eliminación de la placa y el control de la dieta. Es también muy importante el cepillado, la limpieza con hilo dental enfatizada en la eliminación de la placa; debe hacerse un monitoreo frecuente para determinar si la placa está siendo eliminada correctamente y dar seguimiento al caso para mejorar la salud gingival.

- Regular la intervención profesional: la frecuencia debe basarse en las necesidades individuales y debe incluir la evaluación de la eficacia de la higiene oral, aparición de enfermedad periodontal y los posibles factores de complicación tales como condiciones médicas, mal-oclusión o discapacidades físicas. Aquellos pacientes con enfermedad periodontal progresiva deben ser remitidos a un especialista.
- Evaluación adecuada para realizar procedimientos periodontales que faciliten el tratamiento de ortodoncia, incluyendo - pero no limitado a - Gingivectomía, ulotomía, frenectomía y alargamientos de corona.

Consideraciones de la Oclusión

El tratamiento de la mal-oclusión puede ser una necesidad significativa en la población adolescente, cuando los factores ambientales y genéticos están en juego. Aunque la base genética de muchas mal-oclusiones es difícil de prevenir, existen numerosos métodos para el tratamiento de las discrepancias oclusales, trastornos temporomandibulares y deformidades asociadas con la maloclusión. En el ámbito de los problemas oclusales son varias dis-

crepancias dentales y craneofaciales que pueden afectar al adolescente. La mala posición de los trastornos temporomandibulares y terceros molares requieren especial atención para evitar problemas a largo plazo. La ausencia congénita de dientes presenta problemas complejos para los adolescentes y con frecuencia requiere tratamiento de ortodoncia combinado con una solución reparadora satisfactoria.

Maloclusiones

Todos los problemas que tienen disfunción estética, funcional, fisiológica o emocional constituyen posibles dificultades significativas para el adolescente. Ellos incluyen la mala posición de uno o varios dientes, las discrepancias de tamaño entre los dientes y las mandíbulas y desfiguraciones craneofaciales.

Recomendaciones:

Cada mala posición de los dientes, ya sea la mala relación de los dientes en relación con la mandíbula, el tamaño de la separación entre los dientes y la base del hueso, malformaciones craneofaciales o problemas de discrepancias que representen daño funcional, estético, fisiológicos o emocionales en los adolescentes deben ser evaluados por un dentista o por personal profesional debidamente capacitado. El tratamiento de la maloclusión por un especialista debe basarse en un diagnóstico profesional, en las opciones de tratamiento disponibles, la motivación, la disposición del paciente y otros factores, para el progreso del tratamiento.

Los Terceros Molares

Los terceros molares pueden tener problemas agudos y crónicos para el adolescente. Impactación o malas posiciones que puede conducir a problemas tales como la pericoronitis, lesiones de caries, quistes o cambios periodontales. Estos puntos deben evaluarse para realizar las exodoncias de tales piezas. El papel del tercer molar como un diente funcional también debe ser considerado.

Aunque no hay evidencia de que la extracción profiláctica del tercer molar asintomática, incluidos los molares impactados, deba de ser indicada.

Recomendaciones:

La evaluación de los terceros molares, utilizando dispositivo de diagnóstico radiográfico, debe ser una parte integral de la exploración clínica dental del adolescente. Para los criterios de diagnóstico y extracción, véase el capítulo 22 de este manual (Cirugía Oral Odontología Pediátrica). El tratamiento de los terceros molares que son problemas potenciales o activos debe ser realizado por un dentista debidamente capacitado y / o con experiencia.

Problemas Temporomandibulares

Los trastornos de la articulación temporomandibular pueden ocurrir a cualquier edad, pero la adolescencia puede estimular el problema^{50,51[B],52[C],53[B]}.

Recomendaciones:

La evaluación de las estructuras de

la articulación temporomandibular y afines debería ser parte del examen de los adolescentes. Las anomalías deben de ser controladas por un dentista experimentado con el fin de seguir los procedimientos adecuados^{54,55[C],56[B]}.

Ausencia congénita de dientes

El impacto de la ausencia congénita de un diente permanente puede ser significativa. En el tratamiento de pacientes adolescentes en una situación así, muchos factores deben ser tenidos en cuenta tales como: la estética, la edad del paciente, el potencial de crecimiento, así como las necesidades quirúrgicas periodontales y orales. Sin embargo, no debemos limitarnos solamente a uno u otro factor, sino a las necesidades generales de paciente⁵⁷⁻⁵⁹.

Recomendaciones:

La evaluación de los dientes permanentes que faltan debe incluir un enfoque a corto y largo plazo. El tratamiento debe ser realizado por un dentista experimentado debidamente capacitado, o la opción de trabajar con un equipo multidisciplinario puede ser la indicada⁶⁰.

Erupción ectópica

Los patrones anormales de la erupción de los dientes permanentes en el adolescente pueden causar la reabsorción radicular, la pérdida de masa ósea, defecto gingival, pérdida de espacio y el compromiso estético. El diagnóstico temprano y el tratamiento de los dientes ectópicos pueden dar lugar a una dentición sana y más estética. La prevención y el tratamiento pueden incluir la extracción de

dientes primarios o de otro tipo de cirugía, endodoncia, ortodoncia, periodontal y / o restaurador⁶¹⁻⁶⁵.

Recomendaciones:

El dentista debe ser proactivo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de adolescentes con erupción ectópica. El diagnóstico temprano mediante el examen radiográfico³⁷ de la erupción ectópica es importante. Un dentista debidamente capacitado con experiencia debe dirigir el tratamiento y el trabajo en equipo puede ser necesario⁶⁰.

Lesiones

Las lesiones más comunes que se producen en los dientes permanentes son los resultantes de caídas, seguido de los accidentes de tráfico, la violencia y deportes⁶⁶⁻⁶⁹. Todos los deportes tienen un riesgo asociado con las lesiones orofaciales debido a caídas, golpes y las superficies de contacto duras^{70[B]}. Los responsables de la organización de los deportes en las escuelas, colegios y universidades han demostrado que las lesiones dentales y faciales pueden reducirse significativamente mediante la introducción del uso obligatorio de equipos de protección, como la cara y guardas para la boca (protectores bucales). Además, los jóvenes que participan en actividades de ocio como el skate, el patinaje y el ciclismo también deben de disfrutar de los beneficios de los equipos de protección apropiado^{71[A],72}.

Recomendaciones:

Los dentistas deben introducir un programa integral de prevención de lesión

nes para ayudar a reducir la incidencia de éstas en la dentición del adolescente. Este plan de prevención debe tener en cuenta la evaluación del deporte o la actividad del paciente, teniendo en cuenta el nivel y la frecuencia de actividades⁷³. Una vez adquirida esta información, se recomendará la fabricación de un protector bucal adecuado, específico para el deporte. Los participantes deben estar advertidos de no cambiar el equipo de protección, ya que esto puede afectar a la configuración del dispositivo. Además, los jugadores y los padres deben de estar informados acerca de las lesiones que pudieran ocurrir, incluso con el equipo de protección utilizado adecuadamente^{71[A],73}.

Consideraciones adicionales en el control por vía oral / dental de los adolescentes

El adolescente puede tener determinadas características psicosociales que afecten el estado de salud de la cavidad oral así como la búsqueda de atención y cooperación. El proceso del desarrollo de la autoestima, la independencia emergente y la presión de grupo, son algunos de los factores psicodinámicos que tienen un impacto en la salud dental durante este período^{1,5[A],7,19 [A]}.

Los dientes descoloridos o manchados

La mejora de la estética de los dientes, el blanqueamiento dental y la eliminación de defectos o manchas pueden ser de interés para los adolescentes. El uso adecuado de agentes de blanqueo así como

los métodos y productos dependen de un diagnóstico correcto^{74[C]}. El dentista debe determinar el modo apropiado de tratamiento. El uso de agentes de blanqueo, la micro abrasión, la restauración estética o una combinación de estos tratamientos pueden ser considerados^{75[C]}.

Recomendaciones:

El uso prudente de agentes blanqueadores para el paciente adolescente puede considerarse como parte de un plan de tratamiento integral. Siguiendo el tratamiento, el dentista debe de hacer un examen teniendo en cuenta la etapa del desarrollo de la higiene oral del paciente y de las lesiones careosas. El dentista debe supervisar el proceso de blanqueo, asegurando que sea el más eficaz y el menos invasivo posible. Los profesionales también deben tener en cuenta los posibles efectos secundarios al considerar el blanqueamiento dental para pacientes adolescentes^{76,77[C]}.

El consumo de tabaco

Consecuencias significativas tales como orales, dentales, sistémicas y de mortalidad están asociadas con todas las formas de consumo de tabaco. El tabaquismo y el consumo de tabaco en cualquier otra forma a menudo son adicciones que se inician y se establecen en la adolescencia^{78,79-83[A]}.

Recomendaciones:

La educación del paciente adolescente sobre las consecuencias orales y sistémicas del consumo de tabaco debe de ser parte de la educación para la salud bucal

del paciente. Para los pacientes adolescentes que ya utilizan los productos del tabaco, el profesional debe proporcionarles o aconsejarles los servicios educativos apropiados⁸⁴⁻⁸⁶. Cuando la patología asociada está presente, el tratamiento debe ser controlado por un profesional de la salud y con experiencia debidamente capacitado.

El desarrollo positivo de la juventud

La promoción de la salud oral en los adolescentes deben tener en cuenta las necesidades psicológicas y sociales de ellos. Esto se puede lograr a través de estructuras de apoyo (gubernamental o no gubernamental) para promover el desarrollo positivo de la juventud. El enfoque va más allá de la prevención tradicional, intervención y tratamiento de los problemas y conductas de riesgo, lo cual sugiere que una fuerte relación interpersonal (enlace) entre el paciente y el dentista pediátrico adolescente puede ser de gran influencia en la mejora de la salud oral de los adolescentes y cuidado de los pacientes en transición a la edad adulta.

Es en la clínica que el dentista tiene la oportunidad de servir como un modelo positivo para los jóvenes y también para demostrar que se preocupan por ellos.

Recomendaciones:

Son elementos clave de interés para el cuidado de pacientes jóvenes:

- Proporcionar los entornos seguros y de apoyo a la juventud;
- Fomentar las relaciones entre los

adultos y los jóvenes y mostrarles que pueden guiarlos y cuidar de ellos;

- Promover un estilo de vida saludable y la enseñanza de patrones positivos de la interacción social;
- Proporcionar una red de seguridad en caso de necesidad⁸⁷.

Se puede lograr la integración de un programa de desarrollo positivo de la juventud en la práctica clínica a través de la formación continua relacionada con el desarrollo de los adolescentes y las organizaciones basadas en la comunidad y en la escuela. El dentista puede ser una parte de la red de apoyo de servicios paralelos a los adolescentes.

Consideraciones psicosociales y otros

Cuando se trata de un adolescente, se tiene en cuenta consideraciones de comportamiento, tales como ansiedad, fobia, o disfunción intelectual'. Estas necesidades especiales deben ser controladas por dentistas debidamente capacitados. Trabajo en equipo pueden ser aconsejables.

Ejemplos adicionales de problemas orales asociados con el comportamiento de los adolescentes incluyen, pero no se limitan a:

- Manifestaciones orales de las enfermedades venéreas;
- Efectos de anticonceptivos o antibióticos orales para las estructuras periodontales;
- Perimolisis en bulimia^{88[C]};
- Lesión traumática en las estructuras

dentales y orales en actividades deportivas o de otra índole (control a corto y largo plazo)^{72[C],89[B],90[A],91[C]}.

- El uso de la perforación intraoral y peribucal con efectos locales y sistémicos posibles^{92,93[C]}.

El impacto de los factores psicosociales relacionados con la salud oral debe incluir las siguientes consideraciones:

- Cambios en los hábitos alimenticios (por ejemplo, las modas, la anorexia, la bulimia, las bebidas alcohólicas, el aumento de las necesidades energéticas, el acceso a los hidratos de carbono);
- El uso y abuso de drogas;
- Motivación para el mantenimiento de una buena higiene bucal;
- Potencial de lesiones traumáticas;
- Falta de conocimiento sobre la enfermedad periodontal;
- Hacer que el adolescente sea responsable del auto-cuidado de la salud.

Los cambios fisiológicos también pueden ser responsables de los problemas dentales significativos en los adolescentes. Estos incluyen:

- Pérdida de los dientes primarios restantes;
- Erupción de los dientes permanentes restantes;
- Madurez gingival;
- Crecimiento facial;
- Los cambios hormonales.

Recomendaciones:

- El cuidado de la salud oral de los adolescentes debe ser realizado por un

dentista que tenga la formación adecuada para controlar las necesidades específicas del paciente. El dentista pediátrico debe considerar la derivación a un especialista para el tratamiento de especialidades fuera de su área de conocimiento o experiencia. Esto puede incluir problemas no dentales o dentales.

- Se debería prestar especial atención a los aspectos psicosociales de la atención dental de los adolescentes. Otras cuestiones como el consentimiento informado, el secreto profesional y la obediencia a la establecida deberán dirigirse al cuidado de estos pacientes^{94,95}.
- Un programa completo de cuidado de la salud oral para el adolescente requiere un componente educativo que responda a las necesidades e intereses particulares del paciente y se centran en:
 - a) Lesiones orales específicas inducidas por componentes fisiológicos y de comportamiento en este grupo de edad;
 - b) La responsabilidad compartida para el cuidado de la salud para los adolescentes y responsable;
 - c) Las consecuencias del comportamiento de los adolescentes en la salud oral.

Referencias bibliográficas

1. American Psychological Association. Development Adolescents: A Reference for Professionals Washington, DC: American

- Psychological Association: 2002.
2. IBGE. Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_primeiros_resultados.shtm. Acesso em: 29/08/2011
 3. Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. Adolescents. In: Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescents. 4th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2005:649-718.
 4. National Institutes of Health. Consensus development conference statement: Diagnosis and management of dental caries throughout life, March 26-28,2001. *Jam Dent Assoc* 2001;132:1153-1161.
 5. Macgregor ID, Regis D, Balding J. Self-concept and dental health behaviors in adolescents. *J Clin Periodontol* 1997;24:335-339.
 6. Yu SM, Bellamy HA, Schwaberg RH, Drum MA. Factors associated with use of preventive dental and health services among US adolescents. *J Adoles Health* 2001;29:395-405.
 7. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):44.
 8. US Dept of Health and Human Services. Oral Health In America: A Report of the Surgeon General- Executive Summary. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. 2000.
 9. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, De Souza, MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos no Estado de Sao Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*, 2005;21(5):1383-1391.
 10. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais de prevalencia de cárie dentária nao tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;(22)4:279-85.
 11. Burt BA. Prevention policies in light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scand* 1998;56:179-186.
 12. Kirkham J, Robinson C, Strong M, Shore RC. Effects of frequency of acid exposure on demineralization/ remineralization behavior of human enamel in vitro. *Caries Res* 1994;28:9-13.
 13. Howze KA. Health for Teens in Care: A Judge's Guide 2002. Washington, DC: American Bar Association; 2002.
 14. Majewski RF. Dental caries in adolescents associated with caffeinated carbonated beverages. *Pediatr Dent* 2001;23:198-203.
 15. Marshall TA, Levy SM, Broffitt B, et al. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics* 2003;112:e184-e191.
 16. Conselho Federal de Odontologia, Saúde bucal/dados epidemiológicos. <http://cfo.org.br/saude-bucal/saude-bucal>. Acesso em: 08/08/2011.
 17. Irwin CE, Millstein SG. Biophysical correlates of risk-taking behavior during adolescence. *J Adolesc Health Care* 1986;7:825-965.
 18. Stecksén-Blicks C, Renfors G, Oscarson ND, Bergstrand F, Twetman S. Caries-preventive effectiveness of a fluoride varnish: a randomized controlled trial in adolescents with fixed orthodontic appliances. *Caries*

- Research 2007;41(6):455-9.
19. CDC. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States MMWR 2001;50:1-42.
 20. Guide to Community Preventive Services. Preventing dental caries: community water fluoridation. Last updated: February 2, 2011. Available at: www.thecommunity-guide.org/oral/fluoridation.html Retrieved: August 23, 2011.
 21. McDonagh M, Whiting P, Bradkey M, Cooper J, Sutton A, Chestnutt I, Misso K, Wilson P, Treasure E, Kleijnen J. A systematic review of public water fluoridation. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2000. 258 p.
 22. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 07, Art No CD007868. DOI:10.1002/14651858.pub1,2011.
 23. Moberg Sköld U, Petersson LG, Lith A, Birkhed D. Effect of school-based fluoride varnish programmes on approximal caries in adolescents from different caries risk areas. Caries Res 2005; 39(4):273-9.
 24. Marinho Valeria CC, Higgins Julian PT, Logan Stuart, Sheiham Aubrey. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 06, Art. No. CD002280. DOI:10.1002/14651858.CD002280.pub2,2011
 25. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):87-88.
 26. Macgregor ID, Balding J, Regis D. Tooth-brushing schedule, motivation, and lifestyle behaviors in 7,770 young adolescents. *Community Dent Health* 1996;13:232-237.
 27. Pardi V, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Pereira SM, de Meneghim M, Pereira AC. Assessment of caries experience in 12-year-old adolescents in Piracicaba, Sao Paulo, Brazil. *Oral Health Prev Dent*, 2010, 8(4):361-7.
 28. Redmond CA, Blinkhorn FA, Kay EJ, Davies RM, Worthington HV, Blinkhorn AS. A cluster randomized controlled trial testing the effectiveness of a school-based dental health education program for adolescents, 1999, 59(1):12-7. Available at: http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl3?urlver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954925417995&rft.object_portfolio_id=&svc.fulltext=yes. Retrieved: august 15,2011.
 29. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):81-83.
 30. Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Gingival health of adolescents and the utilization of dental services, state of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*, 2008, 42(2):1-8.
 31. Freeman R, Sheiham A. Understanding de-

- cision-making process for sugar consumption in adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:228-232.
32. Burt BA, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *Journal of Dental Education*, 2001, 65: 1017-1023.
 33. Feigal RJ. The use of pit and fissure sealants. *Pediatr Dent* 2002;24:415-422.
 34. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Makela M. Pit and fissure for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents [review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD001830.
 35. Macek MD, Beltran-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. *J Public Health Dent* 2003;63:174-182.
 36. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):106-114.
 37. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):185-186.
 38. Donly K. Pediatric Restorative Dentistry Consensus Conference. *Pediatr Dent* 2004;24:374.
 39. Croll TP, Castaldi CR. The preformed stainless steel crown for restoration of permanent posterior teeth in special cases. *J Am Dent Assoc* 1978;97:644-649.
 40. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Norblad A, Makela M. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003067.
 41. American Academy of Periodontology. Oral health info for the public: Adolescents and oral health care. Available at: <http://www.perio.org/consumerchildren.htm>. Accessed February 7, 2005.
 42. Modeer T, Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. *Dent Clin North Am* 2000;44:633-658.
 43. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994;65:260-267.
 44. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995;66:23-29.
 45. Litonjua LS. Pericoronitis, deep fascial space infections, and the impacted third molar. *J Philipp Dent Assoc* 1996;47:43-47.
 46. Fine DH, Markowitz K, Furgang D, Fairlie K, Ferrandiz J, Nasri C, Mckiernan M, Gunsolley J. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* and its relationship to initiation of localized aggressive periodontitis: longitudinal cohort study of initially healthy adolescents. *J Clin Microbiology*, 2007,45(12):3859-69.
 47. American Academy of Periodontology. Periodontal therapy. *J Periodontol* 2001;72:1624-1628.
 48. Waller JH, Malden N. Rapid cystic involvement of a lower third molar. *Dent Update* 1999;26:166-167.
 49. Porto GG, Vasconcelos BCE, Carneiro SCAS, Vasconcelos CFMV. Principios bioéticos na

- cirurgia de terceiro molar incluso em adolescentes e adultos jovens. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2009,9(1):103-114.
50. American Academy of Pediatric Dentistry. Treatment of temporomandibular disorders in children: Summary statements and recommendations. *J Am Dent Assoc* 1990;120:265-269.
51. Riolo ML, ten Have TR, Brandt D. Clinical validity of the relationship between TMJ signs and symptoms in children and youth. *J Dent Child* 1988;55:110-113.
52. Alamoudi N, Farsi N, Salako N, Feteik R. Temporomandibular disorders among school children. *J Clin Pediatr Dent* 1998;23:323-329.
53. Nydell A, Helkimo M, Koch G. Craniomandibular disorders in children: A critical of the literature. *Swed Dent J* 1994;18:191-205.
54. National Institutes of Health. Management of Temporomandibular Disorders. Bethesda, Md; NIH Techno Assess Statement; 1996:1-31. Available at: http://consensus.nih.gov/ta/018/018_statement.htm. Accessed February 7, 2005.
55. Skeppar J, Nilner M. Treatment of craniomandibular disorders in children and young adults. *J Orofac Pain* 1993;7:362-369.
56. Barbosa TS, Leme MS, Castelo PM, Gavião MBD. Evaluating oral health-related quality of life measure for children and preadolescents with temporomandibular disorder. Health and Quality of Life outcomes, 2011,9(32):1-12. Available at: <http://www.hqlo.com/content/9/1/32>. Retrieved: September 15, 2011.
57. Garg AK. Treatment of congenitally missing maxillary incisors: Orthodontics, bone grafts, and osseointegrated implants. *Dent Implantol Update* 2002;13:9-14.
58. Wexler G. Missing upper lateral incisors: Orthodontic considerations in young patients. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2002;15:136-140.
59. Richardson G, Russell KA. Congenitally missing maxillary incisors and orthodontics treatment considerations for the single tooth implant. *J Can Dent Assoc* 2001;67:25-28.
60. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):143-155.
61. Chaushu S, Sharabi S, Becker A. Dental morphologic characteristics of normal versus delayed developing dentitions with palatally displaced canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;131:399-346.
62. Kojima R, Taguchi Y, Kabayashi H, Noda T. External root resorption of the maxillary permanent incisors caused by ectopically erupting canines. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:193-197.
63. Ericson S, Kurol PJ. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines. *Angle Orthod* 2000;70:415-423.
64. Shapira Y, Borell G, Kuflinec MM. Bringing impacted mandibular second premolars into occlusion. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1075-1078.
65. Kurol J. Early treatment of tooth eruption disturbances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:588-591.

66. Rocha MJdC, Cardoso M. Traumatized permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. *Dent Traumatol* 2001;17:245-249.
67. de Franca Caldas A Jr, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol* 2001;17:250-253.
68. Skaare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. *Dent Traumatol* 2003;19:67-71.
69. Tapias Ma, Jimenez-Garcia R, Lamas F, Bil AA. Prevalence of traumatic crown to permanent incisors in a childhood population: Mostoles, Spain *Dent Traumatol* 2003;19:119-122.
70. Gassner R, Bosch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6,000 patients with facial injuries: Implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:27-33.
71. Knapik JJ, Marshall S W, Lee RB, Darakjy S S, Jones B H, Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness. *Sports Medicine* 2007; 37(2):117-144.
72. Ranalli DN. Prevention of sport-related dental traumatic injuries. *Dent Clin North Am* 2000;44:19-33.
73. Ranalli DN. A sports dentistry trauma control plan for children and adolescents. *J Southeast Soc Pediatr Dent* 2002;8:8-9.
74. Sarrett DC. Tooth whitening today. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1535-1538.
75. Donly KJ. The adolescents patient: Special whitening challenges. *Compend Contin Educ Dent* 2003;24:390-396.
76. Li Y. Tooth bleaching using peroxide containing agents: Current status of safety issues. *Compendium* 1998;19:783-796.
77. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental bleaching for child and adolescents patients. *Pediatr Dent*. 2004;26(suppl):46-47.
78. US Dept of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Public Health Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.
79. CDC. Tobacco use among high school students United States, 1997. *MMWR* 1998;47:229-233.
80. Tomar SL, Winn DM, Swango PA, Giovino GA, Kleinman DV. Oral mucosal smokeless tobacco lesions among adolescents in the United States. *J Dent Res* 1997;76:1277-1286.
81. Audrain-McGoven J, Rodrigues D, Tercyak KP, Cuevas J, Rodgers K, Patterson F. Identifying and characterizing adolescents smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:2023-2034.
82. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW. Evaluating the performance of the Centers for Disease Control and Prevention core Health-Related quality of life scale with adolescents. *Public Health Rep* 2004;119:577-584.
83. Johnson CC, Myers L, Webber LS, Boris NW. Profiles of the adolescents smoker: Models of tobacco use among 9th grade

- high school student; Acadianna Coalition of Teens against Tobacco (ACTT). *Prev Med* 2004;39:551-558.
84. American Dental Association. Summary of policy and recommendations regarding tobacco: 1964-present. ADA Resolution 1 H-1992. In: ADA Transactions 1992. Chicago, Ill: ADA; 1993:598.
85. American Cancer Society, National Cancer Institute, National Institutes of Health. How to Help Your Patients Stop Using Tobacco: A National Cancer Institute Manual for the Oral Health Team. Bethesda, Md: National Institutes of Health, US Dept of Health and Human Services, Public Health Services; 1998. NIH publication No. 98-3191.
86. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Tobacco Use. *Pediatr Dent* 2004;27(suppl):42-43.
87. US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. Toward a Blueprint for Youth: Making Positive Youth Development a National Priority. Rockville, Md US Department of Health and Human Services; 2002. Available at: <http://www.acf.dhhs.gov/programs/fysb/youthinfo/blueprint2.htm>. Accessed February 7, 2005.
88. Christensen GJ. Oral care for patients with bulimia. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1689-1691.
89. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-to 14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:193-198.
90. Gassner R, Tuli T, Hachl O, Moreira R, Ulmer H. Craniomaxillofacial trauma in children: A review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:399-407.
91. Barnett F. Prevention of sports-related dental trauma: The role of mouthguards. *Pract Proced Aesthet Dent* 2003;15:391-394.
92. American Academy Association. Statement on intraoral/ perioral piercing. Available at: www.ada.org/prof/recoveries/positions/statements/piercings.asp.html Accessed February 7, 2005.
93. Boardman R Smith RA. Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 1997;25:200-207.
94. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on record-keeping. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):134-139.
95. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2005;27(suppl):182-183.